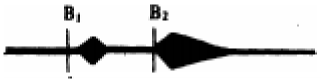
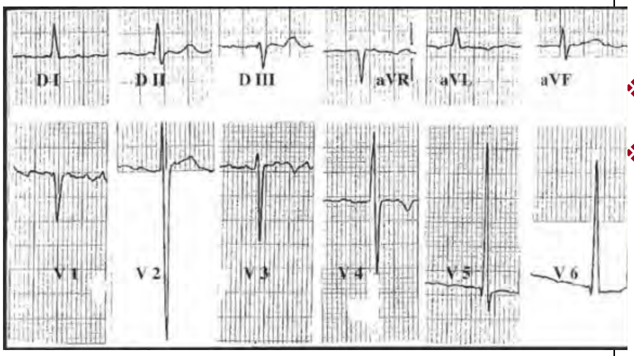
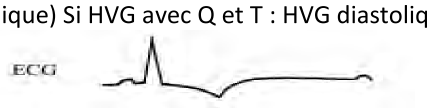
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

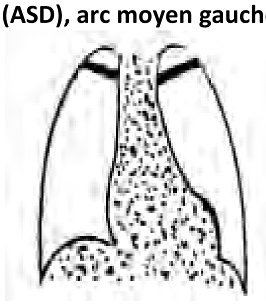
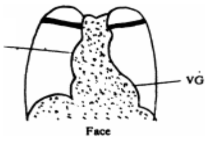
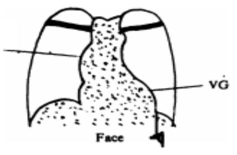
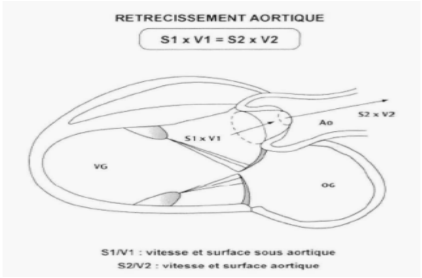
La faculté
seek knowledge

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

www.la-faculte.net

		L'insuffisance aortique	Le rétrécissement aortique
Définition		**Inocclusion des valvules sigmoïdes aortiques, entraînant un reflux diastolique du sang dans le VG.**	**Diminution du calibre de l'orifice aortique réalisant obstacle au passage du sang du VG vers l'aorte.**
DIAGNOSTIC	***Les signes fonctionnels***	➢ Peu spécifiques et tardifs, l'IAo pouvant être découverte Fortuitement lors d'une auscultation systématique. ➢ Asthénie, fatigabilité à l'effort. ➢ Dyspnée d'effort voire de repos, traduisant l'IVG ➢ **Douleurs angineuses**, liées ou non à l'effort, volontiers nitro-résistantes.	➢ **Asymptomatique, découvert lors d'une auscultation systématique.** ➢ **la présence des signes traduit toujours un rétrécissement aortique serré :** • **Syncopes d'effort ou simples lipothymies d'effort** • **Angor d'effort (75 °/₀)** • **Dyspnée d'effort : tardive dans l'évolution ; à l'extrême dyspnée de décubitus**
DIAGNOSTIC	***Les signes cliniques*** – Auscultation	❖ <u>**un souffle:**</u> - **proto-diastolique**, allant de crescendo durant la diastole, se prolongeant d'autant moins que la fuite est importante, se terminant avant B1.  - maximum au FA ou fréquemment le long du bord gauche du sternum ; irradiant le long du bord gauche du sternum vers la **pointe** ou **la xiphoïde.** - Son timbre est **doux, humé, aspiratif.** ❖ <u>**Un souffle systolique**</u> est fréquent même en l'absence RAo associé, traduisant l'éjection d'un volume ↗ au travers d'un orifice aortique normal. ⚠ <u>***Signes d'IAo sévère :***</u> ➢ <u>***pistol-shot***</u> *(claquement) méso-systolique (par claquement du jet systolique vigoureux sur la paroi de l'Ao rigidifiée, ds la Rg° sous-clavière droite)* ➢ <u>***Roulement diastolique de flint***</u> *au FM :il traduit la fermeture partielle de la valve mitrale par le flux de régurgitation aortique ,réalisant un" RM fonctionnel".* ➢ <u>**Galop proto-diastolique(B3)**</u> **=>** ↗ de la pression télé-diastolique du VG	➢ **B1 est souvent diminué** ➢ Click proto-systolique si les valves sont restées souples (RAo du sujet jeune et congénital). ➢ **SOUFFLE Méso-systolique dur et râpeux Maximum au foyer aortique ou au bord gauche du sternum Irradiant aux carotides Renforcé après les diastoles longues en cas d'arythmie.** **R ! si le souffle est télé systolique →signe de gravité** ➢ **B2 normal en cas d'RAo peu serré ↘dans le RAo très serré (avec dédoublement de B2) Pouvant être conservé dans le RAo rhumatismal.** ➢ **B4 audible : galop pré-systolique (absent si FA)** <u>**R ! Dgc ≠ du souffle :**</u> **Souffle d'obstruction d'une CMO,** **IM, CIV, RP, Athérome aortique ….**
DIAGNOSTIC	***Les signes cliniques*** – ***Signes périphériques***	• Elargissement da la **PA ≠tielle** (PAD< 50mmHg→ IAo sévère) • Hyper pulsatilité : **signe de Musset** : pouls carotidien bondissant, danse des artéres, pouls fémoral double de Durozier. • Ictus pupillaire ; pouls capillaire • Recherche d'**IC** et de retentissement pulmonaire	<u>**Rechercher:**</u> ➢ Des signes d'**IVG** ou **IVD** à un stade évolué de l'affection. ➢ Des signes en faveur d'une **autre valvulopathie** (RAo rhumatismal). ➢ Des signes **d'atteinte vasculaire périphérique** (RAo calcifié du sujet âgé à cause des facteurs de risque)
ECG		➢ **Signes d'HVG diastolique (T +)** ➢ **Bloc incomplet gauche ou complet si RAo associé** 	❖ Hypertrophie ventriculaire gauche de type systolique ➢ Rotation axiale gauche ➢ ↗ des indices de Lewis (>17) et de Sokolov (>35) ➢ Négativation des ondes T dans les dérivations précordiales gauches (D1 AvL V6 V1 V5). ❖ Rechercher : Des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire (Allongement du PR) ❖ Rechercher : des troubles du rythme ventriculaire V6 : absence de l'onde Q, sous décalage du ST (HVG systolique) Si HVG avec Q et T : HVG diastolique 

RADIOGRAPHIE THORACIQUE		**<u>La silhouette aortique :</u> ICT> 50 %, dilatation de l'AoD (ASD), arc moyen gauche hyper concave**  **R ! Rechercher un retentissement pulmonaire (∑me interstitiel…)**	1. Le cœur est peu ou pas augmenté de volume. 2. dilatation de l'aorte initiale et hyperconcavité de l'arc moyen gauche avec saillie de l'arc supérieur droit. 3. Possibilité de calcifications de la valve aortique. **<u>STADE HVG</u>** **<u>STADE HVG +dilatation</u>**   **ICT<0,5** **ICT>0,5 (pointe sous-Diaphragmatique)**
ECHOGRAPHIE-DOPPLER CARDIAQUE TRANS-THORACIQUE	<u>**Echo-cœur**</u>	➢ Des signes indirects : - Fluttering de la valve mitrale. - Ejection vigoureuse ➢ Des signes de retentissement de la fuite : - Degré de dilatation du VG - Altération de la fonction de VG ➢ Des signes directs étiologiques : anévrisme de l'Ao RAA, bicuspidie, dissection de l'aorte, végétation	➢ Calcifications et remaniements des valves, dilatation de l'aorte initiale surtout : RAo calcifié du sujet âgé. ➢ Valves aortiques s'ouvrant mal (ouverture de la sigmoïde < à 8 mm en TM) ➢ **Hypertrophie ventriculaire gauche concentrique**
	<u>**Doppler cardiaque**</u>	❖ Permet la <u>QUANTIFICATION</u> de la fuite : cartographie du flux régurgitant en doppler couleur, la largeur du jet à l'origine, la PISA…. ❖ Un ordre d'idée : - IAo minime : volume régurgitant <30ml (grade 1) - IAo modérée : volume régurgitant 30-45ml (grade2) et 45-60ml (grade3) - IAo sévère: volume régurgitant> 60ml (grade4)	• **Une accélération du flux systolique éjectionnel.** • Permet de calculer la **<u>surface aortique* si<à1cm = RAo serré.</u>** • Permet de calculer **le gradient si <à 40mmHgpour un débit normal= RAo très serré.**  **L'équation de continuité**
Evolution	***pronostic***	➢ Même sévère une IAo peut rester très longtemps asymptomatique ➢ Détérioration irréversible de la fonction éjectionnel de VG ➢ Dés l'apparition de la symptomatologie il y a ne aggravation rapide de l'IAo R ! les deux meilleurs facteurs pronostiques sont : l'âge et la taille de VG.	➢ Un RAo serré peut être asymptomatique pendant des années et il a un risque faible de mort subite : 0.3% /an. ➢ Progression moyenne: ↘S² de0.1 cm² /an et ↗du gradient moyen de 10 mm Hg/an ➢ L'évolution est + rapide dans les RAo calcifiés du sujet âgé que dans les RAo sur bicuspidie ou sur RAA. ➢ Tout ➢ Rétrécissement aortique SYMPTOMATIQUE à un PRONOSTIC SEVERE .
	Complications	• Endocardites infectieuses • Troubles du rythme ventriculaire (du fait de HVG) et auriculaire (du fait de la dilatation des oreillettes). • IVG • Dissection ou rupture aortique si dilatation de l'AoD • Mort subite rare<0.2% /an	• Mort subite++++++++++ • IVG ; Troubles rythmiques et conductifs (BAV) • Endocardite infectieuse • Embolies calcaires (IDM, AVC) • Saignements digestifs classiques mais rares (angiodysplasie)
BPO		-Coronarographie, Echo-doppler artériel des troncs supra-aortique, Recherche des foyers infectieux: Cs ORL, stomatologiques, Recherche de BMR (Staphylococcus aureus). - RxT, Gaz du sang, EFR si BPCO. - TDM cérébral si notion d'AVC ou d'AIT - BPO biologique et pré –transfusionnel standard - Echo-doppler artériel des membres inférieurs, de l'aorte abdominale.	

Traitement	*Médical*	**Symptomatique** chez patients **asymptomatiques** en attente de la **chirurgie** et aux IAo **symptomatiques** avec ou sans dysfonction VG **récusée** de la chirurgie : • Régime sans sel, traitement diurétique et s'il existe des signes congestifs • Vaso-dilatateurs artériels++: • La nifépidine (ADALATE®), les IEC permettent de favoriser l'éjection dans l'aorte • Bêtabloquants (Si maladie de Marfan: indication systématique (sauf IAo importante)) : diminue la dilatation De l'aorte ascendante). • Prévention systématique des endocardites infectieuses • éviter le stérilet (risque d'Osier)	<u>**Symptomatique d'appoint avant l'intervention:**</u> •Règles hygiéno-diététiques: repos, régime pauvre en sel • Diurétiques: indiqués en cas de signes congestifs • Eviter les vaso-dilatateurs artériels (IEC ...) • Intérêt des statines en cours d'évaluation • la prévention de l'endocardite d'Osler est indispensable.
	Chirurgical	➢ **le remplacement valvulaire aortique +++++ par une valve mécanique, une bioprothèse**. ➢ **Un remplacement de l'aorte initiale** (plus ou moins réimplantation des coronaires)	**remplacement valvulaire aortique par bioprothèse ou prothèse mécanique** **Indications : voir organigramme(1) !**